FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi, 9 décembre, à 1 heure

Par **Georges PIGÉ**

Ancien externe des Hôpitaux

Né à Mirebeau en Poitou (Vienne), le 23 mars 1882.

DES AUTOPLASTIES

pour la fermeture d'un

ORIFICE CICATRICIEL RÉTRO-AURICULAIRE

PERSISTANT APRÈS GUÉRISON DE

L'ÉVIDEMENT PÉTRO-MASTOÏDIEN

En particulier du procédé PAUL LAURENS

Président : M. SEGOND, *professeur.*

Juges : MM. POUCHET, *professeur.*
DESGREZ, et PIERRE DUVAL, *agrégés.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
10, Rue de Vaugirard, 10 *(près l'Odéon)*
(Anciennement : 26, Rue Monsieur le Prince)

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUENU
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	N*
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU N*** RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

« Hommage de la plus affectueuse reconnaissance »

A MA FIANCÉE

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ

CHIRURGIEN EN CHEF DE LA SALPÉTRIÈRE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail, ce nous est un devoir bien agréable d'adresser nos très vifs et bien sincères remerciements à nos premiers maîtres de l'école de médecine de Poitiers; MM. Malapert, Chrétien, Petit, Rolland, Faivre, Buffet-Delmas et Berland.

A Paris, nous fûmes le stagiaire de MM. Le Dentu, De Lapersonne, Teissier et Rudaux, nous en garderons un respectueux souvenir.

Puis l'Externe de MM. Darier, Rist et Lermoyez; qu'ils veuillent bien recevoir ici le témoignage de notre grande admiration.

Nous n'oublierons point M. le docteur Paul Laurens, assistant du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital St-Antoine, à qui nous devons le sujet de cette thèse. Nous sommes heureux de lui adresser l'expression de toute notre gratitude pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner en nous rendant agréable et facile ce travail.

Enfin, nous serons profondément reconnaissant à M. le professeur Segond du très grand honneur qu'il nous fait en daignant accepter la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Pendant notre séjour dans le service de M. le Docteur Lermoyez, nous avons pu voir des malades présentant, après évidement guéri, un orifice cicatriciel rétro-auriculaire et se plaindre de phénomènes d'excitation labyrinthique ou du peu d'esthétique de leur région mastoïdienne. De tels cas nécessitent une seconde intervention, l'autoplastie.

L'étude des différentes méthodes autoplastiques nous a paru intéressante à faire, ce sera là le but de cette thèse. Nous avons voulu, cependant, consacrer la plus grande partie de ce modeste travail à un procédé nouveau, que nous avons vu employer, celui de M. le Dr Paul Laurens, assistant du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital St Antoine. Sa simplicité opératoire et l'excellence de ses résultats, nous le ferons préconiser.

Dans une première partie, après avoir défini l'évidement pétro-mastoïdien, ses indications, nous donnerons les raisons qui nous obligent, chez un ovidé, à ne pas fermer immédiatement ou au cours des pansements. Nous parlerons ensuite de l'orifice cicatriciel qui subsiste, de sa forme, ses dimensions, du moment et des meilleures conditions de sa

fermeture. Enfin nous décrirons les différents procédés autoplastiques dont nous ferons une critique.

La seconde partie de notre thèse sera réservée à la description du procédé Paul Laurens dont nous montrerons les avantages. Des observations et des clichés photographiques permettront d'en apprécier les résultats.

Nous avons cru utile, pour mieux nous faire comprendre, de reproduire quelques dessins.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I.

L'évidement pétro-mastoïdien. — Ses indications

L'évidement pétro-mastoïdien a pour but d'ouvrir, nettoyer et drainer les cavités de l'oreille, antre, aditus et caisse et de transformer toutes ces parties anfractueuses, irgulières, communiquant entre elles, en une seule cavité à parois lisses et sans diverticules.

Les limites de la brèche ainsi obtenue sont :

En avant. — La paroi antérieure de la Caisse et l'orifice tubaire.

En arrière. — La paroi postérieure de l'Antre et le canal de trépanation.

En bas. — Le plancher de l'antre et cellules mastoïdiennes, le plancher de la caisse et la partie antérieure du Conduit.

En haut. — Le toit de l'attique et de l'Antre, au fond, l'éperon du facial sépare ces deux parties.

En dedans. — La partie interne de l'Antre, de l'attique et de la Caisse.

En dehors. — Un orifice cutané à forme d'entonnoir.

Suivant les conseils de notre maître, M. le Docteur Lermoyez, nous pratiquerons cet évidement dans l'otorrhée chronique.

1° Quand tous les traitements conservateurs essayés pendant des mois, n'auront donné aucun résultat.

2° Dans les cas de complication.

a) Mastoïdite simple ou de Bezold.

b) Fistule en activité du Conduit ou de la région Mastoïdienne.

c) Labyrinthite.

d) Paralysie du nerf facial.

e) Abcès Cérébral.

f) Pyohémie avec grand accès fébriles intermittents.

CHAPITRE II.

Pourquoi subsiste-t-il dans certains cas un orifice rétro-auriculaire cicatriciel? Son aspect. — Pourquoi et quand convient-il de le réparer par une autoplastie?

Après l'évidement pétro-mastoïdien, il y a trois façons de se comporter à l'égard de la fenêtre mastoïdienne. On peut:

1° la fermer immédiatement.

2° la laisser subsister quelque temps pour faciliter les pansements et lui permettre de se combler secondairement.

3° la conserver de parti-pris. Elle se transforme alors en trou rétro-auriculaire, cicatriciel, permanent.

La fermeture immédiate a de nombreux partisans; Passow, Schwartze, Rheihard, Korner, Urbanschitsch, Ermann, à l'étranger. Moure et l'Ecole de Bordeaux, en France. Cette méthode semble, a priori, la plus satisfaisante. Ne paraît-elle pas, au premier abord, très avantageuse tant pour l'esthétique que pour les pansements? Malheureusement, elle n'est applicable que lorsque les téguments mastoïdiens sont normaux. En réalité ces avantages disparaissent quand l'on songe que pour rendre possible, après la suppression de la brèche mastoïdienne, l'examen de la caisse et les pansements minutieux et quotidiens, il

faudra agrandir considérablement par un procédé Siébenmann plus ou moins modifié, le conduit ou la conque.

La fermeture secondaire au cours des pansements a aussi ses partisans: Lermoyez, Lubet-Barbon, G. Laurens, Botey, Compaired et Krestchmann adoptent, suivant les cas, l'une ou l'autre méthode.

La non fermeture, laissant persister le trou cicatriciel n'est certainement qu'un pis-aller. Certains auteurs, Mahu, Castex, Broca, la préconisent.

Nous adopterons cette manière de faire que lorsque nous y serons forcés. Il est des cas où il est impossible de pratiquer cette fermeture rétro-auriculaire, il en est d'autres où il serait dangereux de la faire.

A) *On ne PEUT pas fermer.*

a) Après un évidement, suivi de plaie énorme, où les téguments, n'ayant plus de supports osseux, se mortifieraient; par exemple, après une mastoïdite greffée sur une otite chronique avec abcès sous-cutané, infiltration et décollement des tissus.

b) Lorsqu'il y a impossibilité de voir toute la cavité opératoire par le méat, même élargi, et qu'il est nécessaire de se réserver, jusqu'à guérison complète, une fenêtre mastoïdienne.

B) *On ne DOIT pas fermer.*

a). Quand des points d'osteite sont à surveiller, qu'on n'a pas pu, par crainte ou par étendue des lésions, aller curetter à fond, au niveau de l'étrier, du canal semi-circulaire ou du facial, ou quand des lésions sont sous-jacentes à un sinus procident.

b) dans le cas de cholesteatome diffus, où malgré les soins minutieux apportés au nettoyage de la région, quelques parcelles épidermiques ont pu rester, ne demandant qu'à récidiver.

c) quand des opérations accessoires, ouverture d'un abcès du cou, ou du cuir chevelu, par exemple, ont accompagné l'évidement.

d) enfin s'il existe des doutes sur l'intégrité de la dure-mère ou du sinus latéral.

De longs et soigneux pansements devront être faits jusqu'à cicatrisation complète de la plaie. Il restera alors une cavité rétro-auriculaire cicatricielle. Elle présente généralement, l'aspect d'un infundibulum dont l'extrémité profonde, la plus étroite, se confond avec la caisse en passant par l'aditus. En réclinant le pavillon, son orifice superficiel, le plus large, apparaît. Il est de forme irrégulièrement circulaire et de dimension variable, depuis l'orifice punctiforme jusqu'au diamètre d'une pièce de deux francs.

Le pôle supérieur se rapproche plus ou moins de la ligne d'implantation des cheveux.

Le pôle inférieur va se confondre avec les téguments de la région du cou. Tous les deux présentent, le plus souvent, une cicatrice, parfois chéloïdienne, reste de l'incision première, cicatrice d'un effet disgracieux qu'il faudra s'efforcer de faire disparaître au cours de la réparation. Le bord antérieur de la brèche est limité par le relief du cartilage de la conque ; le bord postérieur, suivant les dimensions de l'orifice, est plus ou moins distant du cuir chevelu.

Nous pratiquerons la fermeture de cette cavité cicatricielle :

1° Quand la guérison se sera affirmée depuis des mois entiers et qu'aucune récidive ne sera plus à craindre.

2° Quand la cutanisation y sera complète et que la peau, ne desquamant plus, aura repris sa vitalité normale.

Nous conseillerons cette fermeture.

1° Pour éviter certains troubles, vertiges, bourdonnements dont se plaignent souvent les malades. Ces phénomènes sont dus à l'arrivée trop brusque ou trop directe de l'air extérieur sur le labyrinthe qui est « à fleur de cicatrice »

2° Pour protéger cette cavité, des traumatismes, des poussières qui peuvent amener une réinoculation.

3° Enfin pour l'esthétique de la région, car cela supprime une brèche fort disgracieuse.

Avant de décrire les différents procédés, nous avons crû nécessaire de donner les règles que doit suivre une bonne fermeture autoplastique pour ramener l'aspect extérieur de la région à la normale.

Il faut:

1° Créer à la cavité un couvercle de téguments épais et résistants.

2° Donner à cette cavité des parois entièrement épidermisées, résultat qu'on obtient en retournant les lambeaux qui ne doivent pas intéresser le cuir chevelu.

3° Ne pas se servir pour former les lambeaux de la peau qui tapisse la brèche rétro-auriculaire. A ce niveau, le revêtement épidermique est en effet beaucoup trop adhérent à l'os pour pouvoir être mobilisé; de plus sa vitalité étant amoindrie, il se nécroserait si on le détachait de la paroi qui le nourrit déjà très insuffisamment.

4° Faire disparaître les traînées cicatricielles, souvent chéloïdiennes sus et sous-jacentes à l'orifice.

5° Corriger l'écartement et la chute du pavillon en évitant l'excès contraire d'un trop grand rapprochement de la face latérale du crâne.

CHAPITRE III.

Les procédés autoplastiques

I. Avivement et suture des bords de la cavité.

C'est un procédé très simple, ne pouvant s'appliquer qu'aux orifices de petites dimensions.

Il consiste à aviver le pourtour du trou rétro-auriculaire en sectionnant au bistouri une fine collerette de tissu cicatriciel. Les bords sont ensuite rapprochés et suturés au crin de Florence. Parfois quand l'orifice est un peu plus considérable, il est nécessaire de décoller à la rugine, les tissus sous-jacents, ce qui permettra un affrontement plus exact.

II. Procédé de Mosetig-Moorhof. (fig. 1, planche I).

Dans ce procédé, le lambeau purement cutané et unique, devra être plus grand que la perte de substance à combler. Il est taillé au-dessous de l'orifice qu'il doit obturer de telle sorte que son pédicule est constitué par le rebord inférieur de cet orifice.

Dans un premier temps, on trace et on dissèque le lambeau; pour cela, on fait une incision curviligne qui n'intéresse que la couche superficielle de la peau. Une deuxième incision est menée excentriquement et parallèlement à la

première, dont elle n'est séparée que de 1 millimètre à 1 millimètre 1/2. On obtient une collerette cruentée en enlevant entre les deux tracés la zone épidermique comprise. On repasse le bistouri dans l'incision la plus externe en pénétrant cette fois jusqu'à l'aponévrose. Le lambeau cutané est alors isolé des tissus sous-jacents en le disséquant de bas en haut, sans trop remonter pour ne pas intéresser le pédicule qui doit être aussi large que possible. Dans un second temps, on incise le pourtour de l'orifice sur son rebord en prenant bien soin de s'arrêter en bas, au niveau du pédicule; on introduit le plat du bistouri dans l'incision ainsi faite de façon à détacher la peau de la paroi osseuse et à creuser un sillon profond de 2 à 3 millimètres.

Enfin le troisième temps est consacré à relever et à renverser le lambeau cutané autour de son pédicule, la face épidermique dirigée en dedans et à venir enchâsser son rebord cruenté dans le sillon que vient de creuser le bistouri.

Le lambeau est réuni aux téguments de voisinage par des points de catgut très fin.

La plaie inférieure créée par la taille du lambeau est suturée après rapprochement des bords.

On peut laisser la face cruentée du lambeau se cicatriser par bourgeonnement ou le recouvrir de greffes de Thiersch.

III. Procédé de Georges Laurens. (fig. 2, planche I).

Ce procédé ressemblerait beaucoup au précédent si le lambeau n'était emprunté au pavillon.

Sur la face postérieure de ce pavillon, on taille un lambeau ayant la forme de l'orifice à combler, mais cependant

de plus grande dimenssion, le pédicule correspondant au bord antérieur de la brèche.

Après avoir décollé ce lambeau des tissus sous-jacents, on le renverse en arrière, de manière à venir obturer l'orifice et à ce que sa face épidermique, dirigée en dedans, regarde la cavité opératoire.

Les deux tiers postérieurs du rebord de la circonférence cicatricielle sont avivés et les bords cruentés sont affrontés au crin de Florence.

Les deux surfaces sanglantes qui subsistent, peuvent se cicatriser par bourgeonnement ou être recouvertes de greffes de Thiersch.

IV. Procédé de Stacke. (fig. 3, planche I).

Le but de ce procédé est de faciliter la cicatrisation du lambeau destiné à fermer l'orifice rétro-auriculaire et de la plaie qui résulte de sa dissection par la taille d'un second lambeau de plus grande dimension.

Le premier lambeau est détaché de sa surface mastoïdienne, en arrière, et tangentiellement à l'orifice à fermer.

Il doit en avoir la forme, les dimensions et n'être pas recouvert de cheveux. Son pédicule sera formé par le bord de l'orifice adjacent au lambeau.

On renverse ce dernier autour du bord postérieur de l'orifice qui fait charnière, de façon à venir l'appliquer sur la cavité osseuse à combler, sa face cruentée étant en dehors, sa face cutanée en dedans, regardant la cavité.

Après avoir avivé le pourtour de l'orifice dans ses deux tiers antérieurs et affronté les bords de ce dernier et du lambeau, on suture au crin de Florence.

Le deuxième lambeau doit être cutanéo-périosté ou mieux : cutanéo-périosto-osseux, et de dimension double du premier. On le taille au-dessous de l'orifice dont le bord inférieur lui sert de pédicule, puis on le tord sur son axe et on l'applique, l'épiderme en dehors, sur les deux surfaces cruentées supérieures formées par le premier lambeau. Cette torsion doit se faire de telle façon que le bord antérieur de ce grand lambeau puisse être suturé au bord antérieur de l'orifice et son bord postérieur, au bord postérieur de la perte de substance créée par la dissection du premier lambeau.

Il reste alors, après l'autoplastie, à la partie inférieure, une surface dénudée, osseuse, qui se réparera par bourgeonnement ou à l'aide de greffes de Thiersch.

V. Procédé de Passow-Trautmann. (fig. 4, planche I).

Pour exécuter ce procédé, on pratique, au niveau des pôles supérieurs et inférieurs de l'orifice, deux incisions verticales de 4 à 5 millimètres dont 2 empiètent dans la cavité évidée. Puis on mène deux incisions semi-circulaires, une antérieure et une postérieure, réunissant les deux premières, distantes de quelques millimètres du rebord de l'orifice et plus distantes au niveau de l'équateur. Le tracé antérieur doit aller, en profondeur, jusqu'au périchondre ; le tracé postérieur doit traverser le périoste.

On disséquera au bistouri le lambeau cutané au niveau de la demi-circonférence antérieure ; on détachera à la rugine et on refoulera vers la cavité mastoïdienne, le lambeau cutanéo-périosté, au niveau de la circonférence postérieure. Enfin, les téguments cutanés de la région de la mastoï-

de seront légèrement décollés à la rugine, en arrière de la demi-circonférence postérieure, de façon à rendre cette lèvre plus mobilisable pour la suturer ensuite. Les deux lèvres de chaque lambeau sont suturées horizontalement, pour cela on se sert d'une aiguille fortement coudée. La saillie du rebord osseux de l'apophyse peut être un obstacle pour manœuvrer l'aiguille dans le sens horizontal, on fait alors les sutures dans un plan longitudinal, technique d'exécution délicate, mais élégante.

On traverse les lambeaux antérieur et postérieur, deux fois dans le diamètre longitudinal, de façon à ce qu'il y ait quatre fils dans le lambeau antérieur et quatre dans le lambeau postérieur. Les fils étant placés, doivent être noués transversalement.

Après rapprochement des deux lèvres externes, la peau est suturée au crin de Florence.

VI. Procédé d'Alexander.

C'est une modification de la méthode Passow-Trautmann. Cette méthode permet d'éviter ce qui se produit avec la précédente : à savoir la superposition directe de deux étages de sutures.

On avive excentriquement l'ouverture rétro-auriculaire, de telle sorte qu'à son contour antérieur, il reste un large lambeau et, à son contour postérieur, un lambeau étroit.

De cette façon, la suture de l'étage profond est au voisinage immédiat de la lèvre postérieure de l'ouverture.

Comme soutien de la suture superficielle, on a la partie cruentée du large lambeau antérieur rabattu et le bord

conjonctif antérieur de l'ancien orifice rétro-auriculaire.

La suture se fait au catgut.

VII. Procédé de Lermoyez et Mahu. (fig. 5 planche. I)

Cette description sera empruntée aux auteurs eux-mêmes.

1° A la partie postérieure de l'orifice, on trace au bistouri, sur la peau mastoïdienne et sans intéresser le périoste, les incisions suivantes:

a) deux incisions légèrement concaves et tangentes, l'une au bord supérieur, l'autre au bord inférieur de l'orifice;

b) à 1/2 centimètre du bord postérieur de celui-ci, une autre incision qu'on raccorde avec les précédentes de manière à former avec elles les trois côtés d'un trapèze à angles arrondis. On décolle ensuite du périoste le lambeau obtenu et on rabat ce volet en avant de la cavité, en ayant soin d'en ébarber les angles pour en éviter le plissement, lors du rapprochement ultérieur. On poussera le décollement de ce lambeau à l'intérieur de la cavité aussi loin que le permettra la cavité de la peau, en évitant toutefois d'aller trop loin, car le pédicule cutané deviendrait ainsi trop mince pour assurer la bonne nutrition du lambeau rabattu. On a ainsi obtenu une première surface avivée, environ égale au double de l'aire comprise entre les trois incisions et le bord postérieur de l'orifice.

2° A la partie antérieure de ce même orifice, on dessine, sur la face postérieure du pavillon, un quadrilatère complet à angles également arrondis, et dont les petits côtés obliques inférieur et supérieur doivent venir exactement se joindre aux côtés du trapèze postérieur. L'emplacement du second quadrilatère sera déterminé de telle sorte qu'il cou-

vre exactement les deux feuillets de la première surface cruentée, quand on ramène en arrière le pavillon dans sa position normale; on détachera complètement le lambeau de peau ainsi obtenu, car il ne sert point dans l'autoplastie.

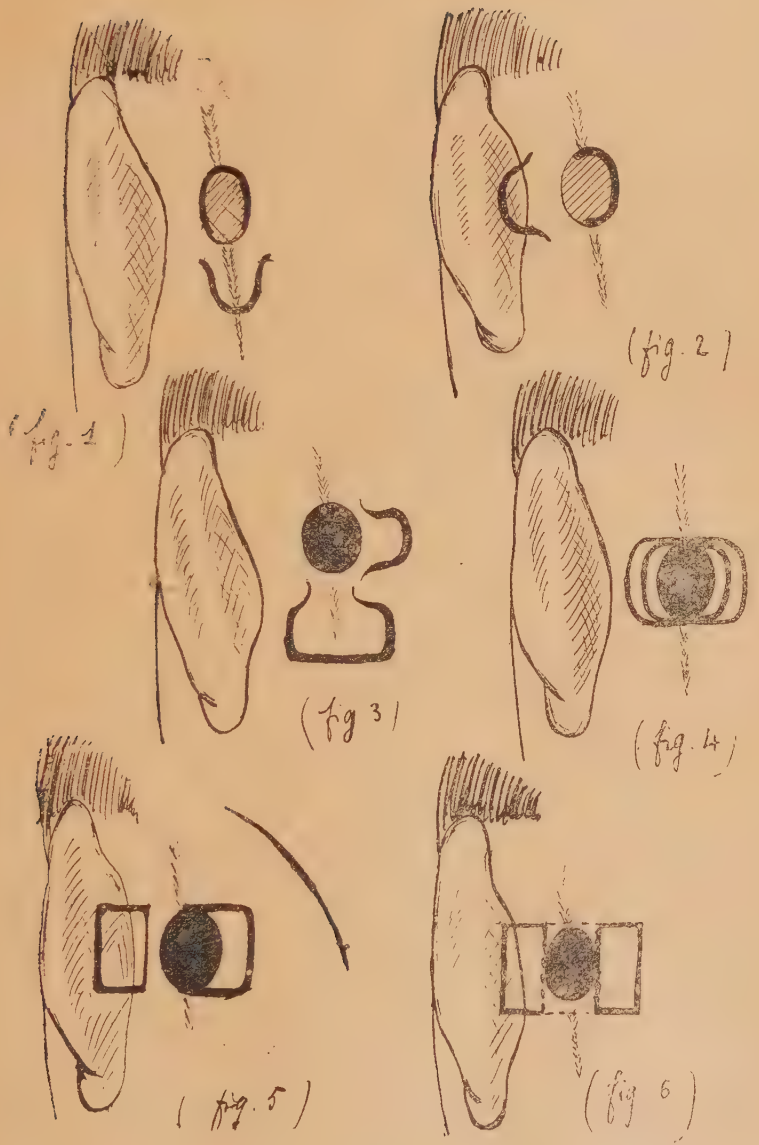
3° Mais comme le rapprochement forcé et le maintien en contact des surfaces cruentées exigent une traction énergique du pavillon en arrière, il en résulterait forcément que les points de sutures ainsi tiraillés, couperaient la peau, surtout sur le pavillon où elle est très mince. Pour empêcher cet accident, on pratique, en plein cuir chevelu, à 15 millimètres environ en haut et en arrière du tracé postérieur, une incision en arc de cercle, intéressant seulement la peau, destinée à permettre un meilleur glissement en bas et en avant des téguments mastoïdiens, qui se prêtent ainsi mieux au rapprochement final.

4° Cela fait, il ne reste plus qu'à rabattre le pavillon en arrière et à affronter exactement les lignes d'incision cutanée, à l'aide de quelques points, séparés au crin de Florence. L'accolement des parties cruentées doit être fait dans toute leur étendue; il faut avoir soin de ne pas créer d'espace mort et, pour cela, appliquer la face cruentée du lambeau mastoïdien, rabattu en volets contre la paroi postérieure des plans suturés.

VIII. Procédé de Fournier. (fig. 6, planche I).

C'est le procédé de Lermoyez et Mahu, avec quelques modifications; le lambeau de peau quadrilatère, taillé sur la face dorsale du pavillon, n'est pas complètement détaché.

Il est conservé et joue un rôle très important dans l'autoplastie. Décollé d'avant en arrière, c'est-à-dire à partir du



A. MICHALON, Editeur Paris

bord antérieur de l'orifice, il formera un second volet qu'on rabattra sur le premier créé par le procédé Lermoyez et Mahu. Le pavillon est ramené en arrière pour assurer le contact parfait de la surface cruentée de chacun des lambeaux. Des sutures au crin de Florence en assurent le contact définitif.

CHAPITRE IV.

Critique des procédés

Nous nous permettrons, dans ce chapitre, de faire la critique des méthodes autoplastiques précédemment décrites.

Tout d'abord, après examen de tous les procédés, nous dirons qu'en général :

1° Aucun ne cherche à renfermer, dans ses lambeaux, les traînées cicatricielles, parfois chéloïdiennes, souvent sus et sous-jacentes à l'orifice, et disgracieuses ;

2° Que les plaies étant de forme circulaire ou elliptique, l'affrontement de leurs lèvres ne peut se faire sans plissement, ce qui nuit à l'esthétique de la région.

Nous reprocherons ensuite ;

Aux procédés de Mosetig-Moorhof et de Stacke,

1° de laisser une cicatrice sur le cou ;

2° de ne pas relever le pavillon de l'oreille, qui est demeuré abaissé après l'évidement.

Au procédé de Stacke et de G. Laurens ; de laisser à la place du lambeau une plaie qui va ou bourgeonner, former une cicatrice , ou nécessiter des greffes de Thiersch, ce qui est une complication opératoire.

Au procédé de Passow et Trautmann.

1° la difficulté de former les lambeaux ; il faudra, en effet, aller décoller dans une certaine étendue, la peau qui

tapisse l'entrée de la brèche osseuse, ce qui ne va pas sans inconvénient quand on a affaire à des cavités ayant près de 2 centimètres de diamètre.

2° la difficulté d'affronter les lambeaux profonds par la disposition des sutures.

3° la technique d'exécution, parfois délicate quand la saillie du rebord osseux de l'apophyse mastoïde est un obstacle aux sutures horizontales.

Enfin du procédé Lermoyez et Mahu nous dirons que:

1° la dissection du lambeau postérieur, poussée aussi loin que possible à l'intérieur de la cavité, n'est pas toujours facile, surtout lorsqu'il s'agit de tissus minces, adhérents et peu résistants.

2° que l'incision libératrice en arc de cercle nécessaire pour assurer le glissement en bas des téguments mastoïdiens et empêcher ainsi des déchirures au niveau des points de suture est une complication opératoire et peut laisser en outre, une cicatrice.

3° le résultat obtenu, l'accolement du pavillon au crâne, est d'un effet des plus disgracieux.

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE I.

Le Procédé Paul Laurens

Dans cette seconde partie nous décrirons le procédé Paul Laurens dont nous espérons ensuite montrer les avantages. Assistant comme aide à l'exécution de ce procédé, nous avons pu apprécier sa simplicité opératoire et nous rendre compte, plus tard au cours des pansements et après guérison des excellents résultats obtenus.

Technique du Procédé. Premier temps. Tracé des Incisions

Le pavillon de l'oreille étant récliné en avant, on trace deux incisions, l'une en arrière de l'orifice, l'autre en avant de lui.

L'*incision postérieure* commence à 1 centimètre ou à 1/2 centimètre au-dessus du pôle supérieur. Elle descend, décrit une courbe à concavité antérieure, atteint le bord postérieur du trou, le suit exactement et se continue jusqu'à 1 centimètre ou 1/2 centimètre au-dessous du pôle inférieur de l'orifice. Cette incision postérieure doit, dans tout son trajet être profonde et aller d'emblée jusqu'à l'os.

L'*Incision antérieure* commence elle aussi au même point

que la précédente à 1 centimètre ou 1/2 centimètre au-dessus du pôle supérieur, gagne le segment antérieur du pourtour de l'orifice, le suit, puis, après l'avoir abandonné, va rejoindre le point terminal inférieur de l'incision postérieure. Dans tout son trajet cette incision antérieure va jusqu'à l'os excepté dans sa partie moyenne correspondant à la face postérieure de la conque. A ce niveau elle atteint le cartilage qui est très superficiel.

Le tracé ainsi obtenu est ovale, à pôles très aigus, à grand axe plus ou moins vertical, circonscrivant la fenêtre cicatricielle et déterminant la formation de deux lambeaux triangulaires, le premier supérieur à base inférieure, le second inférieur à base supérieure.

On fait le calcul de la longueur à donner aux incisions et par suite les dimensions à réserver aux lambeaux d'après 1° les dimensions de l'orifice à obturer; 2° l'étendue des traînées chéloïdiennes que l'on a intention de faire disparaître; 3° le voisinage de la ligne d'implantation des cheveux qu'on ne doit jamais intéresser. Quand on ne peut donner aux lambeaux les dimensions suffisantes, il est facile de compenser son manque de longueur par un lambeau inférieur que l'on fera plus long, la région cervicale n'offrant pas de barrière capillaire.

Deuxième Temps. — Dissection des lambeaux et des lèvres de la plaie.

A) *Le lambeau triangulaire supérieur* est disséqué au bistouri et à la pince, jusqu'à l'os, en ayant bien soin de respecter sa base qui va rester adhérente et lui servira de charnière pour son retournement ultérieur.

B) *Le lambeau triangulaire inférieur* est comme le précédent disséqué au bistouri et à la pince jusqu'à l'os de façon à obtenir une épaisseur maxima de téguments. La base de ce lambeau doit, elle aussi, être respectée, elle doit rester adhérente pour servir de charnière dans un retournement ultérieur. Les lèvres de la plaie sont ensuite disséquées et décollées.

a) *La lèvre postérieure*, après dissection jusqu'à l'os est décollée à la rugine assez loin en arrière de façon à bien pouvoir mobiliser les téguments. On ne doit pas craindre de faire un décollement assez étendu, il donne en effet une mobilisation parfaite qui permet toujours son rapprochement de la lèvre antérieur, quelques puissent être les dimensions transversales de l'orifice.

b) La lèvre antérieure est d'une dissection plus délicate à cause de la minceur des téguments et de la présence de cartilage : on la détache sur une longueur de 1/2 centimètre juste de quoi à faire la suture.

Troisième Temps. — Retournement des lambeaux et leur fixation.

Le *lambeau supérieur* qui vient d'être disséqué et qui flotte est renversé suivant sa base de sorte que sa face cutanée va regarder l'intérieur de la cavité, sa face cruentée devenant ainsi superficielle.

Le *lambeau inférieur* disséqué lui aussi, est retourné suivant sa base, sa face cutanée devenant profonde, sa face cruentée superficielle. Les extrémités libres de ces lambeaux sont réunies l'une à l'autre, pour les fixer, par un point en U, au catgut fin .

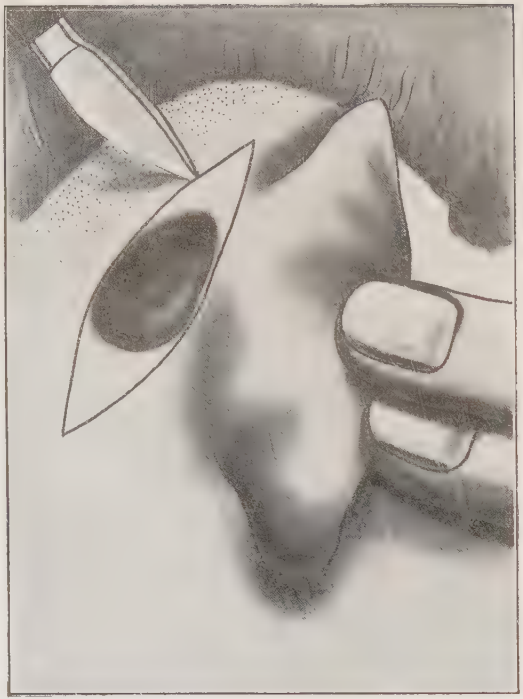


Fig. I. — Tracé des incisions. — Dissection du lambeau supérieur.

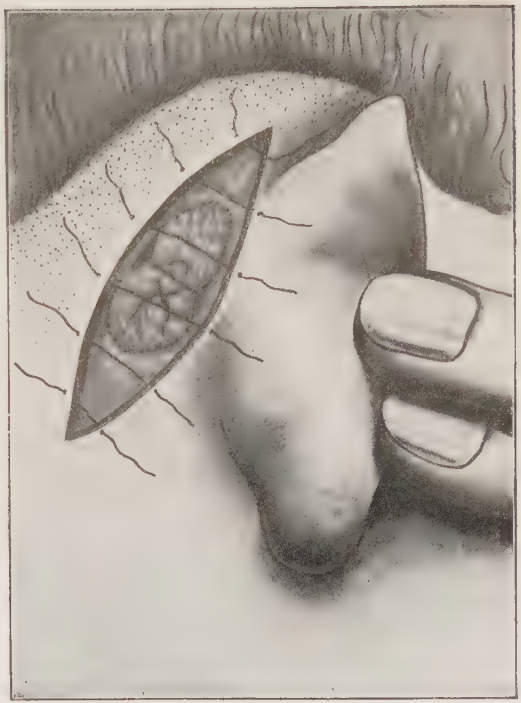


Fig. II. — Les lambeaux ont été retournés; leur face cutanée vers la profondeur, la face cruentée est superficielle. Les lèvres vont être rapprochées par des points de suture.

A. MICHALON, Editeur, Paris

Il sera bon, avant de procéder au retournement des lambeaux et après avoir fait l'hémotase avec soin, de bourrer la cavité avec une mèche de gaze stérilisée dont une extrémité est placée dans le conduit ; c'est par là, en effet, qu'on l'extraira au cours des pansements. On forme ainsi aux lambeaux retournés, un matelas, un soutien qui les empêche de s'évaginer et permet leur accolement à la face profonde des téguments qui, par glissement vont être attirés et fixés au-dessus d'eux.

Quatrième Temps. — Rapprochement des lèvres antérieures et postérieures.

La lèvre postérieure, bien mobilisée, peut être rapprochée sans exercer de tiraillements de la lèvre antérieure. Elle doit s'y accoler d'une façon parfaite sans faire de traction sur le pavillon, dont la chute serait corrigée avec exagération. Quand un parfait affrontement est assuré, il suffit de passer une série de points au crin de Florence.

On fait ensuite un pansement occlusif, même un peu compressif et on n'enlève les crins que vers le dixième jour. On retire, avec précaution, par le conduit, après l'avoir bien décollée, la mèche de gaze stérilisée qui forme un matelas aux lambeaux. Si l'asepsie a été rigoureuse on peut être assuré de la réunion par première intention.

Une traînée linéaire, que d'ailleurs le temps efface, sera le seul indice de l'opération.

CHAPITRE II.

Les Avantages du Procédé Paul Laurens

Les avantages que nous offre ce procédé sont les suivants:

1° Il est d'abord facile à exécuter parce qu'on opère superficiellement et qu'on ne taille pas de lambeaux dans la cavité, travail délicat, peu facile à faire sur des tissus adhérents et minces.

2° Il assure la réussite en s'adressant même aux orifices les plus grands parce que:

a) le tracé des lambeaux permet de compenser les dimensions du lambeau supérieur par celles du lambeau inférieur.

b) la lèvre postérieure de la plaie pouvant être décollée en arrière autant qu'on le désire, est très mobilisable et permet toujours son affrontement à la lèvre antérieure, sans faire une incision libératrice dans le cuir chevelu.

c) les lambeaux taillés jusqu'à l'os, dans des tissus sains, sont épais et offrent une vitalité parfaite.

3° Le résultat esthétique obtenu est toujours satisfaisant car:

a) on peut corriger exactement la chute du pavillon et on ne produit jamais son accolement disgracieux au crâne.

b) on fait disparaître les traînées chéloïdiennes ou

cicatricielles, puisque elles sont comprises dans les lambeaux de retournement.

c) enfin la plaie, ainsi créée, ayant une forme ovalaire et non circulaire ou elliptique, il est facile d'en affronter les lèvres sans aucun plissement.

OBSERVATIONS

Observation N° 1. — K.... Henriette, 11 ans.

Suppuration de l'oreille gauche datant de l'enfance. Entre dans le service le 24 octobre 1905 où l'on fait le diagnostic de mastoïdite avec abcès sous-cutané Evidement le 25 octobre 1905. Les lésions d'ostéïte, très étendues, obligent à laisser subsister une ouverture permanente. Sort de l'hôpital, guérie. Revient en novembre 1906, se plaignant de vertiges et de bourdonnements. L'orifice rétro-auriculaire persistant est de petites dimensions. Son diamètre est celui d'une pièce de cinquante centimes.

Autoplastie, procédé Paul Laurens, le 10 novembre. Quitte l'hôpital le 25 novembre, résultats plastiques et esthétiques bons.

Observation N° 2. — C..... Albert, 15 ans.

Otite aigüe suppurée en mars 1902. Persistance de son écoulement d'oreille, malgré de nombreux traitements. Entre dans le service le 6 février 1904, atteint de mastoïdite.

Evidement pratiqué le 7 février. Lésions d'ostéïte sous-jacentes au sinus procident forcent à maintenir une ouverture permanente. Sort de l'hôpital guéri, mais revient le 1er octobre 1906, se plaignant du manque d'esthétique de sa région mastoïdienne. Il présente en effet un orifice cicatriciel, rétro-auriculaire de forme ovalaire et de diamètre d'une pièce de cinquante centimes. Autoplastie, procédé Paul Laurens, le 5 octobre. Quitte le service le 20 octobre 1906. Bons résultats.

Observation N° 3. — G..... Eugène, 18 ans.

Vient à la consultation le 27 mai 1903, atteint d'otite aigüe suppurée (oreille droite) avec rétention de pus dans la caisse. Paracentèse et pansement. Ecoulement persiste néanmoins. Entre dans le service le 25 novembre 1903, atteint de mastoïdite. Evidement pratiqué le 26). Cholestéatome diffus. Sort guéri. Revient consulter le 6 février 1907 pour des bourdonnements et vertiges.

Il présente un orifice rétro-auriculaire, cicatriciel de dimension assez grande, son diamètre étant celui d'une pièce de 1 franc. Traînées cicatricielles sus et sous-jacentes à l'orifice.

Autoplastie, procédé Paul Laurens, le 10 février 1907. Sort de l'hôpital le 25 février. Bons résultats plastiques et esthétiques. Légère cicatrice linéaire. Disparition des bourdonnements et des vertiges.

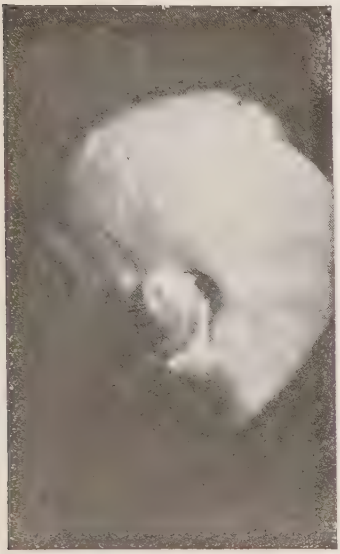
Observation N° 4. — V... Gaston, 15 ans.

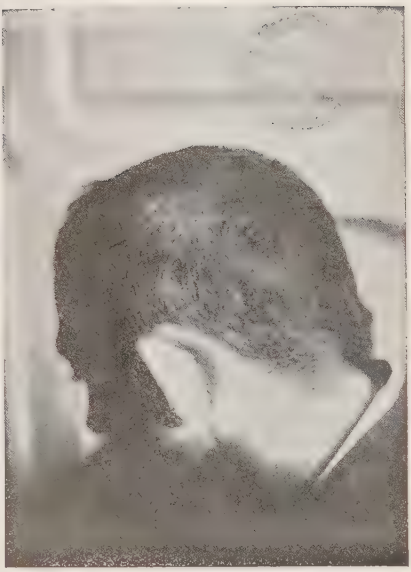
Suppuration de l'oreille gauche, datant de l'enfance, après ablation de végétations adénoïdes. Guéri de mastoïdite en 1906, après évidement pratiqué aux Enfants-malades. Entre dans le service le 1er décembre 1907, avec le désir de voir disparaître le trou qu'il a derrière l'oreille.

Orifice cicatriciel rétro-auriculaire de diamètre d'une pièce de cinquante centimes. Autoplastie, procédé Paul Laurens, 10 Déc. 1907. Quitte le service le 25 déc.. Bon résultats plastiques et esthétiques.

Observation N° 5. — Vin..... Charles, 39 ans.

Vient à l'hôpital le 15 novembre 1908, atteint d'otite suppurée aigüe et présentant une région mastoïdienne œdématiée et douloureuse à la pression. Evidement pratiqué le 16. Lésions diffuses





FIGURES EXTRAITES DES ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE — 1908 —

CLICHÉS PERSONNELS

A. MICHALON, éditeur. — PARIS

obligent à maintenir une ouverture permanente. Quitte l'hôpital guéri. Il revient le 16 mai, se plaignant de phénomènes qui, à n'en pas douter, sont dus à de l'excitation de son labyrinthe. Il présente un orifice cicatriciel rétro-auriculaire d'un centimètre 1/2 de diamètre. Autoplastie, procédé Laurens, pratiquée le 20 mai. Sort le 10 juin. Bons résultats autoplastiques. Vertiges ont disparu. (Phot. pl. III).

Observation N° 6. — Z..... César, 20 ans.

Suppuration de l'oreille droite depuis l'enfance. Premiers soins, donnés en Suisse. Entre dans le service le 23 mai 1903, présentant un abcès de sa région mastoïdienne avec fistulation. Evidement pratiqué le 25 mai 1903. La large plaie opératoire nécessaire au curettage de la région, la diffusion des lésions et les doutes sur l'intégrité de la dure-mère et du sinus latéral, obligent à maintenir une ouverture permanente, permettant une surveillance continuelle. Sort de l'hôpital, le 30 juin 1903.

Revient le 25 juin 1908, désirant voir fermer l'orifice qu'il porte derrière l'oreille depuis des années. Cet orifice est de grandes dimensions, de diamètre d'une pièce de 2 francs, admettant très facilement la première phalange du pouce. Cicatrices chéloïdiennes sus et sous-jacentes.

Autoplastie, procédé de Paul Laurens, le 29 juin 1908. Sort de l'hôpital le 15 juillet. Excellents résultats. (Voir photographie pl. III).

CONCLUSION

1° La possibilité de voir apparaître des phénomènes d'excitation labyrinthique ou de réinoculation, l'esthétique nous feront toujours conseiller l'autoplastie rétro-auriculaire au malade présentant un orifice cicatriciel, après guérison de l'évidement pétro-mastoïdien.

2° De tous les procédés autoplastiques qui sont à la disposition du chirurgien ou de l'auriste, il en est un qui nous semble préférable et que nous préconiserons, c'est le procédé Paul Laurens qui :

a) est d'une grande facilité d'exécution.

b) est applicable à tous les orifices.

c) assure une fermeture parfaite et donne les meilleurs résultats esthétiques.

Vu : Le Président de la Thèse,
SEGOND.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALEXANDER. — Technique de l'occlusion plastique des pertes de substance rétro-auriculaire. Société d'otologie Autrichienne, 29 octobre 1906. *In Arch. intern. de laryngol. d'otol. et de rhin.* Juillet 1907.

FOURNIER. — Un procédé de fermeture de l'orifice rétro-auriculaire après guérison de l'Evidement. Marseille-Médical 1905.

G. LAURENS. — Chirurgie oto-rhino-laryngologique. Steinheil 1906.

P. LAURENS. — Pansements d'évidés; méthode mixte. *Ann. des mal. de l'oreille.* Mars 1906.

Un procédé autoplastique pour la fermeture d'un orifice cicatriciel rétro-auriculaire après guérison d'un évidement pétro-mastoïdien. *Ann. des mal. de l'oreille.* Juillet 1908.

LERMOYEZ et BOULAY. — Thérapeutique des maladies de l'oreille. T. II. Paris.

LERMOYEZ et MAHU. — Un procédé simple de fermeture de l'orifice rétro-auriculaire après guérison de l'évidement pétro-mastoïdien. *Ann. des mal. de l'or. et du larynx.* 1901. Juin p. 501.

MOSETIG-MOORHOF. — Occlusion autoplastique des pertes de substance osseuse de l'apophyse mastoïde. *Centrabl. f. chir.* 1898. N° 46.

PASSOW. — Sur l'ouverture rétro-auriculaire après la cure radicale de l'otite moyenne suppurée chronique. *Zeitschr. F. Ohrenh.* Bd. 32, p. 207 et 306.

TRAUTMANN. — Persistance de l'orifice rétro-auriculaire après l'opération radicale et sa fermeture plastique. *Arch. F. Ohrenh,* Bd. 48.

Imp. de la Librairie A. Michalon, 10, rue Vaugirard. — Paris — 626

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Avant-Propos 7

Introduction 9

Evidement pétro-mastoïdienises indications.... 11

Orifice cicatriciel. — Pourquoi et quand doit-on faire l'autoplastie ? 13

Procédés autoplastiques 18

Critique des procédés autoplastiques 28

Le procédé Paul Laurens 30

Avantages de ce procédé 34

Observations 37

Conclusion 41

Index bibliographique 43